

## **Diferenças quanto a aspectos do pré-natal e parto entre puérperas autodeclaradas pretas e brancas/pardas em maternidades de uma capital do nordeste brasileiro**

**Differences as to aspects of prenatal and childbirth between black and white/brown self-declared puerperas in maternities in a capital of northeastern Brazil**

**Diferencias en aspectos del prenatal y del parto entre negras y blanca/mordas autodeclaradas puerperas en maternidades en una capital del noreste de Brasil**

Recebido: 30/06/2022 | Revisado: 23/07/2022 | Aceitado: 06/01/2023 | Publicado: 08/01/2023

**Jhulyane Cristine da Cunha Nunes**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8697-0387>

Instituto de Educação Superior Raimundo Sá, Brasil

E-mail: [jhulycunha@gmail.com](mailto:jhulycunha@gmail.com)

**Ione Maria Ribeiro Soares Lopes**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9008-3855>

Universidade Federal do Piauí, Brasil

E-mail: [ione.gin@hotmail.com](mailto:ione.gin@hotmail.com)

### **Resumo**

Esse estudo tem como objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico de puérperas autodeclaradas pretas e brancas/pardas atendidas em maternidades públicas da cidade de Teresina-PI, bem como comparar aspectos quanto ao atendimento recebido ao longo do pré-natal e durante a realização do parto. Esse trabalho é do tipo descritivo de delineamento transversal, aprovado pelas instituições envolvidas e pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana da Universidade Federal do Piauí. Foram cenários da pesquisa cinco maternidades públicas da cidade de Teresina-PI. Amostra constituída por dois grupos: Grupo I - GI com 375 mulheres autodeclaradas pretas e o Grupo II-GII com 375 mulheres autodeclaradas pardas/brancas. Os instrumentos utilizados foram um questionário fechado e questionário Biosociodemográfico. Na análise estatística utilizou-se o programa *IBM SPSS* (versão 22). O teste Qui-Quadrado, foi utilizado na análise dos dados, foi aplicado com o nível de 95% de confiança ( $\alpha=0.05$ ). Como resultados encontrados, mais da metade das participantes dos dois grupos são casadas/união estável. O GI foi o que apresentou maior taxa de desemprego e maior porcentagem relacionada à renda de até um salário mínimo em comparação ao GII. As puérperas pretas parecem ter uma taxa de desemprego maior, uma renda familiar menor, recebem menos informação acerca do local de realização do parto e maior frequência de partos vaginais quando comparadas às mulheres pardas/brancas.

**Palavras-chave:** Raça; Iniquidade em saúde; Saúde da mulher; Cuidado pré-natal; Parto.

### **Abstract**

This study aims to characterize the sociodemographic profile of self-declared black and white/brown puerperal women treated in public maternity hospitals in the city of Teresina-PI, as well as to compare aspects regarding the care received during prenatal care and during delivery. This is a descriptive cross-sectional study, approved by the institutions involved and by the Human Research Ethics Committee of the Federal University of Piauí. The research scenarios were five public maternity hospitals in the city of Teresina-PI. The sample consisted of two groups: Group I - GI with 375 self-declared black women and Group II-GII with 375 self-declared brown/white women. The instruments used were a closed questionnaire and a Biosociodemographic questionnaire. In the statistical analysis, the IBM SPSS program (version 22) was used. The Chi-Square test, which was used in the data analysis, was applied with a 95% confidence level ( $\alpha=0.05$ ). As results found, more than half of the participants in both groups are married/stable union. The GI was the one with the highest unemployment rate and the highest percentage related to income of up to one minimum wage compared to the GII. Black puerperal women seem to have a higher unemployment rate, a lower family income, receive less information about the place of delivery and a higher frequency of vaginal deliveries when compared to brown/white women.

**Keywords:** Race; Health inequity; Women's health; Prenatal care; Childbirth.

### **Resumen**

Este estudio tiene como objetivo caracterizar el perfil sociodemográfico de puérperas autodeclaradas negras y blancas/morenas atendidas en maternidades públicas del municipio de Teresina-PI, así como comparar aspectos sobre la atención recibida durante el prenatal y durante el parto. Se trata de un estudio descriptivo transversal, aprobado por las instituciones involucradas y por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de la Universidad Federal

de Piauí. Los escenarios de investigación fueron cinco maternidades públicas de la ciudad de Teresina-PI. La muestra estuvo compuesta por dos grupos: Grupo I - GI con 375 mujeres autodeclaradas negras y Grupo II-GII con 375 mujeres autodeclaradas morenas/blancas. Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario cerrado y un cuestionario Biosociodemográfico. En el análisis estadístico se utilizó el programa IBM SPSS (versión 22). Se aplicó la prueba Chi-Cuadrado, que se utilizó en el análisis de datos, con un nivel de confianza del 95% ( $\alpha=0,05$ ). Como resultados encontrados, más de la mitad de los participantes en ambos grupos están casados/unión estable. El GI fue el de mayor tasa de desempleo y el mayor porcentaje relacionado con ingresos de hasta un salario mínimo en comparación con el GII. Las puérperas negras parecen tener una mayor tasa de desempleo, un menor ingreso familiar, reciben menos información sobre el lugar del parto y una mayor frecuencia de partos vaginales en comparación con las mujeres morenas/blancas.

**Palabras clave:** Raza; Inequidad en salud; La salud de la mujer; Cuidado prenatal; Parto.

## 1. Introdução

Para muitas mulheres a gestação de um filho é um momento único permeado de sentimentos como expectativas, medos, alegrias, mudanças, entre outras emoções. Essa experiência de vida tem potencial para marcar a memória da parturiente, portanto o local no qual o parto será realizado é um espaço de transição entre a espera de muitas semanas e o tornar-se mãe no sentido biológico. Deste modo, a participação de outras pessoas envolvidas na assistência à gestante, desde o pré-natal até o nascimento da criança, bem como uma atmosfera humanizada e pautada no cuidado pode fazer diferença nesse processo (Brasil, 2014).

Um atendimento com qualidade necessita de um fortalecimento da Política de Humanização da Atenção Obstétrica e Neonatal, pois ela é resultado de lutas por melhorias na assistência ao parto de mulheres e tenciona a consolidação de direitos de cidadania mediante assistência às mulheres nos partos e aos recém nascidos, com nascimentos seguros e saudáveis (Silva et al., 2017).

Os fundamentos dessa política condizem com a realidade encontrada pelas usuárias no seu acesso aos serviços de saúde, visto que elementos como a inadequação dos cuidados durante o pré-natal, falta de vínculo com a maternidade e a não orientação sobre o início do trabalho de parto, são fatores frequentemente observados entre as puérperas, em especial as de cor de pele preta. Por essa razão a manutenção da qualidade da atenção à saúde está intrinsecamente ligada a eliminação de iniquidades raciais. Uma vez que as diferenças de tratamento no que tange as disparidades raciais no processo de atenção à gestação e ao parto influenciam nos indicadores finais da saúde (Leal et al., 2017).

A qualidade do acesso aos serviços de atendimento ao parto requer um olhar ampliado que considere a equidade e os Determinantes Sociais de Saúde-DSS. Cabe salientar que a equidade é um dos princípios do Sistema Único de Saúde-SUS, entretanto a efetivação desse princípio na prática é um desafio, porque apesar do Brasil ser um país vasto em extensão com uma população miscigenada, o mesmo concentra altos índices de desigualdade que influenciam nos modos de vida das pessoas e trazem consequências nas formas de adoecer e morrer, nessa perspectiva o racismo enquanto constructo social também é uma iniquidade em saúde (Santana et al., 2018).

Segundo o estudo de Fonseca, Kale e Silva (2015) as mulheres de pele preta possuem a chance de 37% a mais de receber atenção inadequada no pré-natal, ou seja, de serem tratadas de forma diferentes em decorrência da cor de sua pele. A partir de dados como esses, se evidencia a necessidade de políticas de saúde que contemplem ações com foco na redução das iniquidades de raça/cor na assistência pré-natal, bem como o atendimento ao parto.

Reitera-se que apesar do preconceito de raça/cor ser crime com base na Lei nº 7.716 de 1989, no Brasil o racismo ainda acontece de diferentes formas, seja ele velado, estrutural, institucional ou até mesmo negado pelo mito da democracia racial, que é uma falsa ideologia de que nesse país as pessoas são tratadas de forma igual como resultado da miscigenação de sua população. Entretanto dados epidemiológicos separados pelos marcadores raça/cor mostram que o racismo e as iniquidades

raciais trazem grande impacto na condição de saúde da população negra, isto é, pessoas autodeclaradas de raça/cor parda ou preta, o que inclui níveis de renda, condições de vida, carga de doenças e taxas de mortalidade (Werneck, 2016).

No contexto da saúde o racismo institucional muitas vezes é interpretado como fruto da desigualdade econômica e por conseguinte é deslegitimado enquanto desigualdade por parte de profissionais no atendimento e acesso à saúde da população negra. A problemática dessa situação reflete a associação da precariedade do atendimento aos usuários em detrimento de sua condição econômica e desta maneira reforça o mito da democracia racial, bem como a naturalização do racismo (Oliveira; Kubiak, 2019).

Assim é válido fazer uma intersecção com os estereótipos e tipos de violência com fito a desvalorização e submissão da mulher em virtude do seu gênero, isso porque a violência institucional obstétrica pode acontecer tanto na forma de negligência, violência verbal e violência física. Ações como atitudes grosseiras, desatenção, solidão no leito, proibição da entrada de acompanhantes, procedimentos invasivos intensificam o sofrimento da usuária ainda mais quando são acompanhados pelo preconceito de raça/cor (Santos; Sousa, 2015; Zanardo et al., 2017).

Conforme Abramo (2006) as diferenças/desigualdades de tratamento relacionadas à raça/cor e gênero fazem parte da matriz estrutural da desigualdade social no cenário brasileiro, corroborando com este pensamento, Dóra Chor e Lima (2005) explanam que a população de pessoas de raça/cor preta ainda sofre com as vulnerabilidades sociais decorrentes da escravidão, as consequências desse retrocesso ainda são perpetuadas e evidenciadas nas desigualdades étnico-raciais e sua influência na produção de distintos perfis de doença.

A partir dessas considerações, esse estudo tem como objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico de puérperas autodeclaradas pretas e brancas/pardas atendidas em maternidades públicas da cidade de Teresina-PI, bem como comparar aspectos quanto ao atendimento recebido ao longo do pré-natal e durante a realização do parto.

## 2. Metodologia

Trata-se de um estudo do tipo descritivo e analítico, de delineamento transversal. Os cenários da pesquisa foram as cinco maternidades públicas da cidade de Teresina-PI, sendo quatro delas vinculadas a gestão municipal e uma vinculada a gestão do estadual.

De acordo com Carvalho e Rocha (2008) os estudos do tipo descritivo em sua maioria são analíticos e consistem na descrição da ocorrência de um determinado tipo de evento a partir de diversas exposições ou características das pessoas, como por exemplo: gênero, idade, raça e entre outros aspectos, ademais tal tipo de pesquisa pode ser direcionada a descrever também acerca de locais e o tempo. Ressalta-se que esses estudos acontecem com fito a testar hipóteses, por conseguinte o delineamento transversal pode ser usado como um estudo analítico, isto é, para avaliar hipóteses de associações entre exposição, assim como características e evento.

A Maternidade estadual está localizada na zonal sul de Teresina, é a maior do estado do Piauí, reconhecida como Unidade Hospitalar de Alta Complexidade, responsável por mais de 60% dos partos realizados na cidade e possui capacidade para atendimento de mulheres com gestação de alto risco (Piauí, 2020; Piauí 2021).

Já as quatro maternidades municipais, ficam localizadas respectivamente nas zonas leste, sul, sudeste e norte da cidade. Contam com salas de atendimento obstétrico neonatal e de classificação de risco, centro cirúrgico, consultas pré-natal, possuem atendimento de urgência e emergência na área de obstetrícia e cirurgia obstétrica e são direcionadas para o atendimento de gestação de baixo risco (Teresina, 2017).

Utilizou-se neste estudo uma estimativa do tamanho total da população usuária das maternidades, isto é, a quantidade de partos realizados, tendo como referência dados obtidos de janeiro até outubro de 2019 do THE 2019-Relatório Anual de Atividades da prefeitura Municipal de Teresina e do Portal da Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Piauí, totalizando uma

população geral de 15.530 mulheres. O quantitativo de mulheres atendidas nas maternidades, foi dividido da seguinte maneira: 11,7% (n=1821) da Maternidade “A”, 11,4% (n=1777) da Maternidade “B”, 9,7% (n=1496) da Maternidade “C”, 9,2% (n=1436) da Maternidade “D” e 58% (n=9000) da Maternidade “E”.

A amostra foi calculada pela técnica de amostragem aleatória estratificada proporcional, assim a quantidade de participantes por maternidade tanto no Grupo I como Grupo II foi dividida da seguinte maneira: 11,7% (n=44) da Maternidade “A”, 11,4% (n=43) da Maternidade “B”, 9,7% (n=37) da Maternidade “C”, 9,2% (n=34) da Maternidade “D” e 58% (n=217) da Maternidade “E”. Por conseguinte, foi adotado um intervalo de 95% ( $z_{\alpha} = 1,96$ ) de confiança nas estimativas e um erro (B) de 5% nos parâmetros a serem estimados e variância máxima de 50% população em estudo.

Foram incluídas 375 puérperas com idade a partir de 18 anos que se autodeclararam pretas e que estavam internadas até 24 horas da ocorrência do parto no período do estudo (caso -GRUPO I), e 375 puérperas com idade a partir de 18 anos que se autodeclarem parda/branca internadas até 24 horas da ocorrência do parto, no período do estudo (controle -GRUPO II). Foram excluídas 62 mulheres: puérperas diagnosticadas com algum transtorno mental grave ou que estavam com filhos internados em Unidade de Terapia Intensiva (27), assim como as puérperas que se recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido- TCLE (35).

A frequência da realização da coleta de dados nas maternidades aconteceu de segunda à sexta-feira, nesse ínterim cada um dos dias da semana foi reservado para a realização da coleta de dados em uma maternidade específica.

A coleta de dados aconteceu do mês de maio a setembro de 2021 e utilizando-se dois instrumentos: **Questionário 01** – dados biossociodemográficos e **Questionário 02** - perguntas sobre o acompanhamento do pré-natal, orientações a respeito do trabalho de parto, o uso de aplicação de anestesia e analgesia e a garantia do direito a acompanhante segundo a Lei nº 11.108.

Os dados foram organizados e tabulados no Excel 365 e a análise dos dados realizada no *software IBM SPSS Statistics* (versão 22). O teste Qui-Quadrado foi aplicado com o nível de 95% de confiança ( $\alpha=0.05$ ).

A pesquisa foi submetida ao comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CEP-UFPI), comparecer de nº 4.578.037.

### 3. Resultados e Discussão

O presente estudo teve como amostra a participação de dois grupos: Grupo I (mulheres puérperas pretas) e o Grupo II (mulheres puérperas brancas/pardas).

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas de ambos os grupos e é possível observar que os grupos são homogêneos, no Grupo I a idade média das entrevistadas foi de 26 anos (DP=5), com um número médio de filhos 1,73 e 56% eram casadas/união estável, 60,4% católicas e com renda familiar de até um salário-mínimo em 86,7%. No Grupo II, a idade média foi de 25 anos (DP=5) com uma média de filhos de 1,96 e 62,2% eram casadas/união estável. A maioria era desempregadas com 63,5% e 58% nos grupos I e II respectivamente. No que diz respeito ao grau de escolaridade, o ensino fundamental incompleto foi o mais expressivo, no GI (mulheres pretas) 46,40% (n=174) e no GII (mulheres brancas/pardas) 37,87% (n=142).

**Tabela 1** - Características sociodemográficas das puérperas entrevistadas, Teresina-PI, 2022.

Características	Grupo I n (%)	Grupo II n (%)
<b>Cor/Raça autodeclarada</b>		
<b>Preta</b>	375	-
<b>Branca ou parda</b>	-	375
<b>Idade das participantes</b>		
<b>Idade Média ± Desvio-Padrão</b>	26 ± 5	25 ± 5
<b>Estado Civil</b>		
<b>Casada/ União Estável</b>	210 (56 %)	233 (62,2%)
<b>Divorciada</b>	6 (1,6 %)	2 (0,5%)
<b>Outro</b>	18 (5 %)	14 (3,7%)
<b>Solteira</b>	139 (37,1%)	123 (32,8%)
<b>Viúva</b>	1 (0,3%)	3 (0,8%)
<b>Quantidade de Filhos</b>		
<b>Nº Médio ± Desvio-Padrão</b>	1,73 ± 1	1,96 ± 1
<b>Profissão</b>		
<b>Desempregada</b>	238 (63,5%)	218 (58%)
<b>Lavradora</b>	23 (6,1%)	26 (7%)
<b>Estudante</b>	24 (6,4%)	33 (8,8%)
<b>Outros</b>	90 (24%)	98 (26,2%)
<b>Escolaridade</b>		
<b>Ensino fundamental completo</b>	41 (10,93%)	33 (8,80%)
<b>Ensino fundamental incompleto</b>	174 (46,40%)	142 (37,87%)
<b>Ensino médio completo</b>	102 (27,2%)	129 (34,4%)
<b>Ensino médio incompleto</b>	53 (14,13%)	30 (8%)
<b>Ensino superior completo</b>	14 (3,73%)	21 (5,60%)
<b>Ensino superior incompleto</b>	2 (0,53%)	6 (1,6%)
<b>Outros</b>	-	3 (0,8%)
<b>Renda Familiar</b>		
<b>Até um salário</b>	325 (86,7%)	273 (73%)
<b>Entre 1 e 3 salários</b>	46 (12,3%)	99 (26,5%)
<b>Entre 3 e 5 salários</b>	4 (1,1%)	2 (0,5%)
<b>Quantidade de pessoas na família</b>		
<b>Nº Médio de pessoas</b>	4,13	4,30
<b>Nº Mínimo de pessoas</b>	2	2
<b>Nº Máximo de pessoas</b>	10	9
<b>Religião/doutrina/crença</b>		
<b>Católica</b>	226 (60,4%)	230 (61,3%)
<b>Evangélica</b>	65 (17,4%)	62 (16,5%)
<b>Espírita</b>	30 (8%)	38 (10,13%)
<b>Matriz Africana</b>	21 (5,60%)	14 (3,73%)
<b>Sem Religião, mas acredita em Deus</b>	15 (4%)	11 (2,93%)
<b>Outra</b>	10 (2,67 %)	12 (3,20%)

Fonte: elaborada pelas autoras (2022).

Na Tabela 2 é possível visualizar os dados no que se refere: local de realização do pré-natal, informação sobre o local de realização do parto e orientações sobre o início do trabalho de parto, informação sobre complicação na gravidez e quantidades de consultas realizadas durante o pré-natal.

Observa-se que na Tabela-2 duas variáveis apresentaram associação significativa, são elas: informação quanto ao “local de realização do parto” (p-valor=0,008) e “opinião acerca do atendimento do pré-natal” (p-valor = 0,009). Nesse sentido pode-se constatar que a falta de recebimento de informações acerca do local de realização do parto foi estatisticamente mais predominante entre as mulheres pretas, posto que os resultados mostram que 78,1% (n=293) do Grupo I afirmaram não terem recebido informação, em contraponto no Grupo II esse percentual foi equivalente a 69,6% (n=261).

**Tabela 2** - Análise de associação entre variáveis no Grupo I (caso) e Grupo II (controle) quanto ao local de realização do pré-natal, informações sobre o local de realização do parto, opinião acerca do pré-natal, orientações sobre o início do trabalho de parto, informações sobre complicações na gravidez, Teresina-PI, 2022.

Questionamento	Grupo I (caso -375) n (%)	Grupo II (controle- 375) n (%)	Estatística de Teste	p-valor*
<b>Local de Realização do Pré-Natal</b>				
Maternidade pesquisada	15 (4,0%)	23 (6,1%)	7,023	0,071
UBS	329 (87,7%)	306 (81,6%)		
UBS e outro serviço de saúde	9 (2,4%)	20 (5,3%)		
Outro Hospital	22 (5,9%)	26 (6,9%)		
<b>Recebeu informações sobre o local onde realizaria o parto?</b>				
Não	293 (78,1%)	261 (69,6%)	7,073	<b>0,008**</b>
Sim	82 (21,9%)	114 (30,4%)		
<b>O que você achou do seu pré-natal?</b>				
Adequado	329 (87,7%)	353 (94,1%)	9,434	<b>0,009**</b>
Inadequado	21 (5,6%)	9 (2,4%)		
Parcialmente adequado	25 (6,7%)	13 (3,5%)		
<b>Você recebeu orientações sobre o início do trabalho de parto?</b>				
Não	173 (46,1%)	152 (40,5%)	2,395	0,070
Sim	202 (53,9%)	223 (59,5%)		
<b>Você recebeu informações sobre complicações na gravidez?</b>				
Não	138 (36,8%)	127 (33,9%)	0,706	0,401
Sim	237 (63,2%)	248 (66,1%)		
<b>Quantidade de Consultas de pré-natal realizadas</b>				
1 a 3	3 (0,8%)	4 (1,1%)	3,227	0,194
4 a 6	28 (7,5%)	42 (11,2%)		
7 ou mais	344 (91,7%)	329 (87,7%)		

\*Teste Qui-Quadrado (95% de confiança). \*\*Estatisticamente significativo ( $\alpha=0,05$ ). Fonte: elaborada pelas autoras (2022).

As mulheres brancas/pardas foram as que mais consideraram a o atendimento adequado, isso porque os resultados mostraram que 87,7% (329) das mulheres incluídas no Grupo I consideraram o seu pré-natal adequado, já no Grupo II esses dados foram maiores, visto que refletiram 94,1% (353). Um ponto a ser destacado se refere aos resultados quanto a resposta “inadequada” pois o Grupo I (5,6%, n=21) apresentou o dobro de porcentagem quanto a opinião de inadequação em comparação ao Grupo II (2,4%, n=9).

Não existiu associação significativa entre o Grupo I e Grupo II (p-valor > 0,05) quanto as variáveis “informação sobre complicação na gravidez”, “quantidade de consultas de pré-natal”, “recebimento de orientação quanto ao início do trabalho de parto” (p-valor = 0,070).

Os dados da Tabela 3 dizem respeito a informações referente a Idade Gestacional-IG, satisfação com o atendimento para o parto, dados referentes ao tipo de parto (cesariana ou vaginal), informações quanto a realização de Episiotomia e utilização de anestesia local, utilização de medicamento (ocitocina) para acelerar o trabalho de parto e por fim questionamento acerca da presença de acompanhante durante a hospitalização.

**Tabela 3** – Análise de associação entre variáveis nos Grupo I (caso) e Grupo II (controle) quanto a idade gestacional, satisfação com o atendimento para o parto, tipo de parto, realização de Episiotomia, uso do medicamento ocitocina e presença de acompanhante durante a hospitalização, Teresina-PI, 2022.

Questionamento	Grupo I (caso-375) n (%)	Grupo II (controle- 375) n (%)	Estatística de Teste	p-valor
<b>Idade Gestacional</b>				
Pós - termo (após 42 sem)	3 (0,8%)	20 (5,3%)	18,43	<b>0,001*</b>
Pré - termo (entre 34 e 37 sem)	80 (21,3%)	78 (20,8%)		*
Termo completo (39 a 40 sem)	228 (60,8%)	200 (53,3%)		
Termo precoce (37 a 38 sem)	64 (17,1%)	77 (20,5%)		
<b>Satisfação com o atendimento para o parto</b>				
Bom	276 (73,6%)	272 (72,5%)	2,892	0,236
Excelente	55 (14,7%)	69 (18,4%)		
Regular/ Ruim/ Péssimo	44 (11,7%)	34 (9,1%)		
<b>Tipo de parto</b>				
Cesariana	161 (42,9%)	190 (50,7%)	4,504	<b>0,034*</b>
Vaginal	214 (57,1%)	185 (49,3%)		*
<b>Houve Episiotomia? (para mulheres que realizaram parto vaginal)</b>				
Não	204 (95,8%)	168 (91,8%)	7,526	<b>0,023*</b>
Sim	9 (4,2%)	15 (8,2%)		*
<b>Houve o uso do medicamento ocitocina? *para acelerar trabalho de parto (para mulheres que realizaram parto vaginal)</b>				
Não	208 (97,7%)	174 (99,43%)	6,426	<b>0,040*</b>
Sim	6 (2,3%)	1 (0,57%)		*
<b>Houve presença de acompanhante durante a sua hospitalização?</b>				
Em algum momento	82 (21,9%)	127 (33,9%)	20,633	<b>0,000*</b>
Em nenhum momento	3 (0,8%)	12 (3,2%)		*
Em todos os momentos	290 (77,3%)	236 (62,9%)		

\*Teste Qui-Quadrado (95% de confiança). \*\*Estatisticamente significativo ( $\alpha=0,05$ ). Fonte: elaborada pelas autoras (2022).

Por conseguinte, na Tabela 3 as variáveis que apresentaram associação significativa foram: “idade gestacional” (p-valor = 0,001), “tipo de parto” (p-valor = 0,034), questionamento quanto a “realização de episiotomia” (p-valor = 0,023), “utilização do medicamento ocitocina para acelerar o trabalho de parto” (p-valor = 0,040), “presença de acompanhante durante a hospitalização” (p-valor=0,000). A variável “satisfação quanto ao atendimento recebido no parto” não obteve associação significativa.

Pode-se inferir a partir disso que a idade gestacional a pós termo foi estatisticamente mais predominante em mulheres brancas/pardas, já o termo precoce foi estatisticamente mais predominante em mulheres pretas. No que tange ao tipo de parto das participantes, as mulheres pretas foram as que mais tiveram parto vaginal, enquanto que as mulheres pardas/brancas apresentaram maior índice de parto cesariana.

No que concerne a realização de Episiotomia, esse procedimento não foi realizado na maioria das participantes, apesar disso, nos casos em que houve a sua realização, o grupo-controle teve um quantitativo quase duas vezes maior que no grupo-caso. Chama atenção que nessa pesquisa as participantes do GII foram as que menos tiveram parto do tipo vaginal, mas ainda assim foram as mais submetidas ao procedimento e episiotomia. Houve pequena porcentagem quanto a utilização de ocitocina para acelerar o trabalho de parto entre os dois grupos. Em relação a presença de acompanhante durante a hospitalização, foi

estatisticamente mais expressiva a presença de acompanhante nas respostas das participantes incluídas no Grupo I (77,3%, n=290) do que nas do Grupo II (62,9%, n=236).

## 4. Discussão

### 4.1 Caracterização do perfil sociodemográfico das participantes

Para além da coleta de informações acerca da raça/cor das participantes, os dados sociodemográficos de um estudo são de suma importância para a compreensão do perfil de seus participantes, deste modo se tratando dos dados da presente pesquisa observa-se a relevância o perfil sociodemográfico das mulheres pretas e pardas/brancas quanto a iniquidades em saúde no que refere a fatores como grau de escolaridade, emprego e renda.

De acordo com Paula et al. (2021), o Brasil está incluído entre um dos países com maior nível de desigualdades no que diz respeito aos aspectos socioeconômicos da esfera mundial, tais desigualdades são manifestadas em diversos fatores, como por exemplo: renda, nível de escolaridade, gênero, raça e etnia e entre outros, neste contexto tais disparidades afetam inclusive a disponibilidade, prestação de serviços e o acesso aos recursos no âmbito da saúde e como consequência propiciam o aumento de iniquidades em saúde.

As iniquidades em saúde constituem diferenças sistemáticas quanto ao estado de saúde dos variados tipos de grupos populacionais, elas também podem acontecer por meio de desigualdades no que tange a distribuição dos recursos de saúde ofertados a população, a partir disso percebe-se que aspectos como as condições sociais de vida de uma pessoa, bem como desenvolvimento, educação, meios de trabalho, situação de emprego, renda, modo como envelhecem, gênero, raça/cor tem potencial de influência na saúde do indivíduo (Organização Mundial da Saúde, 2018).

É possível observar que alguns dos dados expostos neste estudo possuem semelhança com o perfil das participantes dos trabalhos de Barbosa et al. (2017) e Araújo et al. (2015), ambos foram realizados no estado do Piauí, o primeiro deles teve como escopo investigar o perfil sociodemográfico e obstétrico de parturientes de um hospital público, e teve como escopo investigar o perfil sociodemográfico e obstétrico de parturientes de um hospital público, os resultados demonstraram que 69,3% das parturientes tinham entre 20 e 35 anos, além disso 70,0% das participantes possuíam o ensino fundamental e quanto ao estado civil, 74,3% mantinham relação com um companheiro.

Já o segundo deles de Araújo et al. (2015), foi conduzido na cidade de Teresina e buscou analisar o perfil sociodemográfico de puérperas atendidas em uma maternidade pública de referência, os resultados refletiram que grande parcela das mulheres não possuía emprego fixo, tinham renda de até 1 salário-mínimo por mês e a maioria delas havia cursado o ensino fundamental incompleto.

Um estudo realizado por Ramalho e Muñoz (2021) na cidade de Santa Cruz no estado do Rio Grande do Norte, também apresentou resultados semelhantes aos encontrados no perfil sociodemográfico da amostra deste trabalho. A idade média das entrevistadas foi de 24,8 anos, tendo em vista que 64,6% das participantes eram adultas jovens com idade entre 20 e 40 anos, 87,9% delas com estado civil de casada ou em união consensual e 52,5% contendo até um salário-mínimo como renda.

Sobre a quantidade de filhos das participantes, neste trabalho o número médio encontrado nos dois grupos é próximo aos dados discutidos pela United Nations (2017), a partir de uma análise acerca das taxas de fecundidade no mundo e coloca o Brasil com o número médio de 1,8 filho por mulher, além disso os dados também estão em consonância com estudo sobre fecundidade e dinâmica da população brasileira, no qual traz a taxa de fecundidade total equivalente a 1,87 (Brasil, 2018).

Há no contexto brasileiro uma diminuição da taxa de fecundidade e como consequência, o quantitativo de pessoas por família também tem diminuído, isto é, de 3,62 pessoas para 3,07 por família, além disso o aumento da escolaridade também é

um dos fatores que está correlacionado com a taxa de fecundidade, posto que o aumento do nível escolar está acompanhado por uma diminuição no número de filhos (Brasil, 2021).

A partir dos expostos percebe-se que os dados encontrados neste trabalho estão acima da média brasileira, um dos fatores que pode ter influenciado tal resultado se deve ao fato de que o nível de escolaridade das participantes do estudo apresentou porcentagem significativa no que tange ao ensino fundamental, sobretudo no grupo-caso.

A relação entre escolaridade e o cuidado materno foi objeto de estudo de alguns autores como Guarda (2017) e Lima (2013), nessa perspectiva o trabalho de Guarda (2017) discorreu que a escolaridade está intrinsicamente ligada ao cuidado à saúde materna, no qual quanto maior for o nível de conhecimento da mulher, maior será a busca pelos serviços de saúde e como consequência, reduz as chances de óbito materno.

Em consonância com tal realidade, Lima (2013) explanou a respeito do tempo de estudo de uma mãe como um fator que indica a possibilidade de associar a mortalidade infantil e na infância através de características maternas, isso ocorre, pois quanto maior for o número de anos referente a escolaridade materna, menores serão os riscos de acontecer óbito entre as crianças com idade inferior a cinco anos.

Conforme os resultados obtidos por Lins (2022) acerca de padrão de desigualdade entre gestantes, identificou-se que o nível elevado de escolaridade foi percebido como facilitador na busca pelo acesso aos serviços de saúde, isto é, mulheres com maior tempo de estudo, apresentaram maior proporção no que concerne a realização da quantidade de consultas indicadas ao longo do pré-natal.

A partir dos expostos observa-se que conhecer o perfil de escolaridade materna é de suma importância para planejar o desenvolvimento de ações, bem como intervenções no âmbito de saúde materno-infantil (Silvestrin et al., 2018).

O desemprego e renda também se configuraram como problemática atrelada a iniquidade, nesse contexto os achados da presente pesquisa permitiram constatar que a porcentagem de mulheres desempregadas foi maior do que aquelas com algum emprego, ademais observou-se que o Grupo I apresentou maior taxa de desemprego, bem como maior porcentagem relativa à renda de até um salário mínimo.

É compreensivo o índice significativo de desemprego apresentado nesta pesquisa, ainda mais levando em consideração a conjuntura econômica ao qual a população do país está vivenciando, sobretudo após a pandemia. Os estudos de Silva e Silva (2020) e de Itaoui, Silva e Gomes (2021) corroboram com os achados dessa pesquisa e explanam que a pandemia teve como uma de suas consequências o aumento da pobreza e impactos nos índices de desemprego.

A situação de desemprego, bem como a exclusão do mercado de trabalho reverberam uma pior condição de saúde na realidade de muitos brasileiros, além disso outras problemáticas como as desigualdades de gênero, idade e escolaridade são disparidades e fruto da estrutura social e como consequência refletem no processo de adoecimento, assim sendo a situação socioeconômica de um sujeito influência de forma direta na sua saúde (Giatti; Barreto, 2006).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, existem indicativos a respeito dos fatores sociais no âmbito global, isto é, em países de baixa, média ou alta renda, no tocante as disparidades no estado de saúde, no qual quanto menor for o nível socioeconômico de uma pessoa, maior será a probabilidade de possuir problemas de saúde (Organização Mundial da Saúde, 2018).

De acordo com Barata (2001) há relação entre pobreza e saúde, isso ocorre devido a ligação entre a privação de necessidades consideradas básicas e saúde, tal problemática existe sobretudo quando direcionada aos enfoques entre pobreza e riqueza, pois eles tendem a interpretar o nível socioeconômico e o nível de saúde relacionados a dificuldade de acesso de pessoas pobres aos bens e serviços, entre os quais temos a saúde.

Quanto a religião, mais da metade das entrevistadas dos dois grupos do presente estudo são católicas, por conseguinte esses dados refletem resultados semelhantes aos apresentados pelo Censo Demográfico 2010, que aliás foi último censo

realizado no país tendo em vista entraves em decorrência da pandemia, nesse sentido os dados da década anterior demonstram que as mulheres aparecem como 63,8% da população católica brasileira (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010).

#### **4.2 Pré-Natal de mulheres autodeclaradas pretas e brancas/pardas**

De acordo com Araújo et al. (2010) o pré-natal é um período necessário e indispensável para o cuidado da gestante e seu bebê, visto que através dele é viável a realização do acompanhamento das semanas de gravidez e possibilita a identificação de complicações, além disso é um momento propício no qual a gestante pode estabelecer vínculos com a equipe que lhe oferta atendimento.

Nesse ínterim ressalta-se que a realização do pré-natal é fundamental para a promoção do nascimento saudável, prevenção e/ou detecção de enfermidades tanto maternas como fetais, além de viabilizar a prevenção de mortalidade da mãe por causas evitáveis, o cuidado durante esse momento permite um crescimento saudável do bebê e diminui os riscos da gestante. Para além disso, quanto mais cedo for busca por esse serviço, sobretudo no âmbito da Atenção Básica, pois maior será o alcance do número adequado de consultas e também a realização de procedimentos indicados, além do mais a troca de experiências e conhecimentos entre a gestante e os profissionais de saúde também tem consequências positivas durante essa fase, tendo em vista que uma das melhores formas de promover a compreensão do processo de gestação acontece através do diálogo entre a usuária e os profissionais de saúde (Brasil, 2016; Silva, 2020).

No estudo de Viellas et al. (2014) as mulheres de raça/cor preta foram as que apresentaram menor proporção quanto ao início precoce do pré-natal, assim como a quantidade de consultas realizadas. Os referidos autores citam alguns fatores como barreiras no acesso ao pré-natal, entre eles, entraves quanto ao agendamento da consulta, dificuldades em relação ao horário de atendimento disponível, bem como com os profissionais do serviço, obstáculos no transporte.

Os dados encontrados nesta pesquisa, demonstram que os dois grupos apresentaram em alguns aspectos percentuais próximos entre as variáveis com nível de significância estatística, nesse sentido observou-se que a maioria das participantes dos dois grupos considerou o seu pré-natal adequado, ainda assim os resultados refletiram fragilidade quanto a informações acerca do local de parto, o que representa déficit quanto a vinculação a maternidade de referência, esse achado evidencia fragilidade no fluxo de referência-contrarreferência entre Unidade Básica de Saúde e Maternidades, uma vez que a maioria das participantes realizaram pré-natal na Atenção Básica.

A desarticulação entre a assistência pré-natal e os demais serviços de saúde é um entrave que influencia de forma negativa no processo de cuidado de uma gestante, isso ocorre porque muitas vezes há baixa proporção de gestantes orientadas acerca da maternidade de referência ao qual será internada no momento do parto, tal desinformação prejudica e produz riscos para a saúde da mulher e do bebê. Portanto é primordial a integração do pré-natal e rede de serviços de atenção à saúde, mediante o estabelecimento de uma articulação entre a referência e contrarreferência, por meio da garantia de leitos de internação, através de uma central de regulação com vagas disponíveis (Vrellas et al., 2014).

O estudo “Nascer no Brasil II: inquérito nacional sobre perdas fetais, partos e nascimentos” idealizado pela Fiocruz indicou que um quantitativo inferior a 60% de gestantes que receberam orientações acerca de sua maternidade de referência, essa realidade reflete uma baixa proporção de gestantes vinculadas a uma maternidade para internação durante o processo de parto, portanto esses dados são o oposto ao que a Lei n. 11.634/2007 determina (Fiocruz, 2022).

Ademais a Lei n. 11.634/2007 promulga que toda gestante com assistência de responsabilidade do SUS, tem por direito conhecer e se vincular a maternidade ao qual receberá a atendimento de seu parto (Brasil, 2007).

De acordo com Popolli et al. (2018) a vinculação da gestante com a maternidade é de suma importância, tanto que influencia inclusive na decisão da mulher no que se refere à preferência pelo parto vaginal, além disso, visitar o local de realização do parto tem permite a ampliação de conhecimento, conforto e também de segurança para a gestante. Por

consequente, a vinculação da mulher com seu local de realização do parto, isto é, a maternidade, propicia a diminuição de peregrinação no momento de admissão no referido serviço de saúde (Fiocruz, 2022).

#### **4.3 Atendimento ao parto de mulheres pretas e brancas/pardas**

Para muitas mulheres o momento de parturição é um processo natural e compreendido por sensações fisiológicas e emocionais, por conseguinte a assistência recebida nesse período é de suma importância para a vivência da parturiente durante o parto e também no pós parto. Portanto para que uma mulher possa experimentar essa vivência através de um parto humanizado é primordial que os profissionais de saúde facilitem esse processo e estabeleçam uma relação de respeito com a parturiente, no qual os sentimentos, necessidades e valores dela sejam considerados e respeitados, bem como tenham apoio e a autorização de presença de um(a) acompanhante (Brasil, 2016).

Muitos elementos podem influenciar na experiência de parto, entre eles temos o meio de transporte utilizado até a maternidade, a quantidade de vagas disponíveis nos leitos dos serviços de saúde, o tipo de parto, a realização ou não de procedimentos invasivos e a permissão ou não da presença de acompanhante ao longo da hospitalização (Leal, et al., 2017).

Existem também aqueles fatores que podem funcionar como barreira do acesso de mulheres nos serviços de realização do parto, nesse contexto Menezes et al. (2001), discutem acerca da peregrinação de gestantes na busca pelo atendimento em serviços de saúde e explanam sobre o meio de locomoção utilizado pela usuária, pois em muitas ocasiões essa busca acontece por meio de transporte providenciado pela própria parturiente.

Ademais é notável constatar que neste trabalho, as participantes apresentaram satisfação positiva acerca do atendimento recebido durante o seu parto. O estudo de Domingues, Santos e Leal (2004) trouxe resultados com base na avaliação de mulheres sobre o seu parto, sendo que quase 70% delas consideraram o serviço recebido como “bom” ou “muito bom”, e o percentual de 16,7% julgaram como “ruim” ou “muito ruim”, no trabalho desses autores não houve divisão dos dados por estrato de cor/raça.

Em relação a idade gestacional das parturientes, observou-se que a maioria das participantes dos dois grupos apresentaram concentração entre 39 e 40 semanas, nesse íterim constata-se que os dados obtidos são semelhantes aos resultados encontrados por Raspantini et al. (2016), que discutiu acerca do padrão de distribuição da idade gestacional atrelada ao tipo de hospital e modalidade de parto, no qual o pico da idade gestacional foi equivalente a 39 semanas no total de nascimentos realizados na rede do Sistema Único da Saúde.

Os dados expostos acima estão de acordo com os do estudo de Lima e Sampaio (2004), que aliás, foi conduzido em uma maternidade pública localizada na mesma cidade da presente investigação e trouxe como resultados a média de  $39,2 \pm 1,0$  semana, ademais 87,7% da amostra representaram a concentração de IG entre 38 a 40 semanas, ou seja, em ambos estudos a média de mulheres com idade gestacional Termo completa foi superior a 50%.

No que diz respeito ao tipo de parto, percebe-se que neste estudo o quantitativo de mulheres com parto cesárea foi superior a taxa recomendada pela OMS, sobretudo quanto aos índices do Grupo I. É importante destacar que a Organização Mundial de Saúde - OMS postula desde 1985, com respaldo da comunidade médica internacional que a taxa ideal de cesárea seria entre 10% e 15%. Todavia esse tipo de parto tem sido realizado com bastante frequência em diversos países (OMS, 2015).

Quanto ao parto vaginal, neste estudo as mulheres incluídas no Grupo I foram as que mais tiveram parto normal, em consonância com estes dados, Diniz et al. (2016) apontam que as mulheres de cor/raça preta estão incluídas entre aquelas que mais tiveram partos do tipo vaginal, os autores indagaram que esses dados podem ser analisados de duas formas, tanto como vantagem ou como desvantagem, isso porque as mulheres que tiveram partos vaginais, também foram as apresentaram menores números de acompanhantes no trabalho desses pesquisadores.

Entre o período de 2000 a 2018 foram realizados milhões de partos no âmbito do Sistema Único de Saúde, nesse sentindo 51,3% desses partos foram vaginais e 48,7% do tipo cesáreo (Guimarães et al., 2021). Constata-se a partir desses dados que os resultados obtidos neste trabalho estão em sintonia com a realidade das parturientes atendidas em maternidades vinculadas ao SUS.

Ainda na categoria de mulheres que tiveram parto normal, algumas d'elas foram submetidas ao procedimento de Episiotomia e/ou a utilização de ocitocina para acelerar o trabalho de parto, ambos apresentaram significância estatística. Chama atenção que nesta pesquisa as participantes do GII foram as que menos tiveram parto do tipo normal, mas ainda assim foram as mais submetidas ao procedimento e episiotomia, tais dados diferem dos resultados apresentados no trabalho de Wielganczuk et al. (2019) no qual 92,1% das mulheres com parto normal não foram submetidas à episiotomia.

No trabalho de Alves et al. (2021) as mulheres de cor/raça parda foram as que apresentaram menor taxa quanto ao uso de ocitocina, bem como realização de episiotomia. Ainda sobre as intervenções feitas durante o período de trabalho de parto, os dados de tal pesquisa mostraram que mulheres de cor de pele preta tiveram menores porcentagens de episiotomia em comparação as mulheres de cor branca.

É primordial que as mulheres em trabalho de parto sejam atendidas com respeito, que elas tenham acesso às informações fundamentadas em evidências e que essas usuárias possam ser incluídas na tomada de decisões. Para tanto, é importante que haja a construção de uma relação de confiança entre os trabalhadores que prestam esse serviço e as usuárias (Brasil, 2017).

No que tange a presença de acompanhante durante a hospitalização, as puérperas incluídas no grupo-caso foram as que apresentaram maior porcentagem, tais dados são explicados porque a presença de acompanhantes no momento do parto só era permitida as parturientes que fossem submetidas ao parto do tipo vaginal, essa restrição foi observada em todas as maternidades e justificada em decorrência das medidas sanitárias de proteção contra o Covid-19.

Neste sentido percebe-se um ponto positivo o cumprimento da Política Nacional de Humanização, bem como da Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005, tendo em vista que a mesma tem como pressuposto garantir no âmbito dos serviços de saúde do SUS, seja este da rede própria ou conveniada, a obrigatoriedade quanto a permissão da presença de um acompanhante perante à internação da parturiente durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, (Brasil, 2005).

## 5. Conclusão

Os resultados do estudo permitem concluir:

A caracterização do perfil sociodemográfico das puérperas autodeclaradas pretas e brancas/pardas possuem algumas similaridades, sobretudo quanto a idade média das entrevistadas que ficou entre 25 e 26 anos, além disso mais da metade do percentual de participantes dos dois grupos são casadas/união estável, com religião católica, nível de escolaridade fundamental incompleto e possuem o número médio de filhos inferior a 2.

As mulheres puérperas pretas parecem ter uma taxa de desemprego maior e com renda familiar menor do que as mulheres pardas/brancas.

Quanto ao atendimento recebido ao longo do pré-natal, as puérperas pretas recebem menos informação acerca do local de realização do parto do que as mulheres pardas/brancas.

Acerca do atendimento recebido durante o parto, as participantes dos dois grupos apresentaram satisfação positiva, mas no que diz respeito ao tipo de parto, as mulheres pretas tendem a ter com mais frequência partos vaginais quando comparadas ao controle.

Como limitação dessa pesquisa temos a comparação de variáveis realizada entre dois grupos com algumas similaridades, outra limitação se deve ao pequeno número de participantes de raça/cor autodeclarada branca, portanto sugere-se

para futuras produções científicas a realização de trabalhos comparado grupos de mulheres constituídos separadamente por cada estratos de raça/cor, ou seja, entre mulheres autodeclaradas pretas, pardas e brancas.

## Referências

- Alves, M. T. S. S. B., Chagas, D. C., Santos A. M., Simões V. M. F., Ayres B.V. S., Santos, G. L. & Silva, A. A. M. (2021) Desigualdade racial nas boas práticas e intervenções obstétricas no parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26: 837-846.
- Araujo K. R. da S., Calácio, I. A., Ribeiro, J. F., Fontenele, P. M. & Morais, T. V. (2015). Perfil sociodemográfico de puérperas em uma maternidade pública de referência do nordeste brasileiro. *Revista Eletrônica Gestão e Saúde*, 3: 2739-2750.
- Barata, R.B. (2001). Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. *Revista USP*, 51:138-145.
- Brasil. (2021). Fatos e Números- Famílias e Filhos no Brasil. Secretaria Nacional da Família. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Brasília.
- Brasil. (2014) Ministério da Saúde. *Cadernos Humaniza SUS*. Humanização do parto e do nascimento. Universidade Estadual do Ceará. Ministério da Saúde, Brasília, 4: 465.
- Brasil. (2017). Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Uma política do SUS. Brasília – DF.
- Brasil. (2018) Fecundidade e dinâmica da população brasileira. Fundo de População das Nações Unidas, UNFPA.
- Brasil. (2005). Lei n 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União [internet]. Brasília.[citado 4 Abr. 2011].
- Brasil. (2007). Lei n. 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União [internet]. Brasília; 2005. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/lei/11634.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/lei/11634.htm).
- Brasil. (2017). Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 51.
- Brasil. (2016). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Temático: Saúde da População Negra. Brasília (Painel de Indicadores do SUS, 7 (10).
- Carvalho E. R. & Rocha H. A. L. (2008). Estudos epidemiológicos. Site do Módulo de Epidemiologia e Bioestatística . Fortaleza: Universidade Federal do Ceará: Faculdade de Medicina.. Acesso 02 jan. 2023. Disponível em: <http://www.epidemiologia.ufc.br/files/05estudosepidemiologicos.pdf>.
- Diniz, C. S. G., Batista, L. E., Kalckmann, S., Schlitz, A. O. C., Queiroz, M. R. & Carvalho, P. C. A. (2016). Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012). *Saúde e Sociedade*, 25: 561-572.
- Domingues, R. M. S. M., Santos, E. M & Leal, M.C. (2004) Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cadernos de Saúde Pública*, 20: 52-62.
- Fiocruz. (2022) Nascer no Brasil 2. Acesso em 20 jan. 2022. Disponível em: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br>.
- Fonseca, S. C., Kale, P. L. & Silva, K.S. (2015) Pré-natal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde em duas maternidades no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: a cor importa?. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 15 (2): 209-217.
- Giatti, L. & Barreto, S. M. (2006). Situação do indivíduo no mercado de trabalho e iniquidade em saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 40: 99-106.
- Guimarães, N. M., Freitas, V. C. S., Senzi, C. G., Frias, D. F. R., Gil, G. T. & Lima, L. D. S. C. (2021). Partos no sistema único de saúde (SUS) brasileiro: prevalência e perfil das parturientes. *Brazilian Journal of Development*, 7 (2): 11942-11958.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010) Censo 2010. Acesso em 25 jan. 2022. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>.
- Itaoui, B. F., Silva, L.A.M., Gomes, D. P. (2021). A pobreza e o aumento do desemprego durante a pandemia: impactos da crise pós covid-19. *Serviço Social em Debate*, 4 (1).
- Lima, G. S. P. & Sampaio, H. A. C. (2004). Influência de fatores obstétricos, socioeconômicos e nutricionais da gestante sobre o peso do recém-nascido: estudo realizado em uma maternidade em Teresina, Piauí. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 4: 253-261.
- Lima, L. C. (2013). *A natureza da relação entre escolaridade materna e mortalidade infantil e na infância no Brasil*. [Tese de doutorado- Universidade Federal de Minas Gerais].
- Lins, D. O. A. (2022). *Evolução do acesso ao Pré-natal em Pernambuco: A escolaridade materna como marcador das iniquidades em saúde*. [Trabalho de Conclusão de Curso- Universidade Federal de Pernambuco].
- Menezes, D. C. S., Leite I. C., Schramm, J. M. A. & Leal, M. C. (2006). Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. *Cadernos de Saúde Pública*, 22: 553-559.

- Oliveira, B.M. C. & Kubiak, F. (2019). Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. *Saúde em Debate*, 43: 939-948.
- Organização Mundial da Saúde. (2015). Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. *Hum Reprod Program*, 1-8.
- Organização Mundial da Saúde (2018). Health Inequities and their causes. Acesso em 05 de out. 2022. Disponível em: [who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes](http://who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes)
- Paula A. E., Ribeiro M. M. S., Santos, A. F. & L. M. (2022). Vulnerabilidades, Iniquidades e Políticas Públicas de Saúde. *Revista acadêmica faculdade progresso*, 7 (2).
- Piauí. (2019). Secretaria de Saúde do Estado Maternidade Evangelina Rosa. *Portal da Saúde*, Teresina, 02 de out. de 2020. Disponível em: <http://www.saude.pi.gov.br/paginas/maternidade-angelina-rosa>
- Piauí. (2022). Secretaria de Saúde do Estado Maternidade Evangelina Rosa. *Portal da Saúde*, Teresina, 24 de maio. de 2022. Disponível em: <http://www.mder.pi.gov.br/materia/noticias/maternidade-angelina-rosa-completa-45-anos-e-segure-com-avancos-e-modernizacao-282.html#:~:text=Conhecida%20e%20reconhecida%20como%20Unidade,altura%20de%20sua%20marca%20registrada.>
- Popolli, E. C., Barcellos, J. M., Zuco, J. R., Coelho, T. A. R., Paes, L. B. O., Fasanelli, P. & Soler, Z. A. S. G. (2018). Vinculação da gestante com a maternidade: a influência no tipo de parto. *Enfermagem Brasil*, 7(3): 199-207.
- Raspantini P. R., Miranda, M. J., Silva, Z. P., Alencar, G. P., Diniz, S. G. & Almeida M. F. (2016). O impacto do tipo de hospital e tipo de parto sobre a idade gestacional ao nascer no Município de São Paulo, 2013-2014. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 19: 878-882.
- Santana, K. S. O., Guimarães, I. C. S., Júnior, A. D. & Soares, E. S. (2018). Assistência à saúde de gestantes negras e não negras em epidemia de zika vírus no município de Salvador, BA. *Convención Internacional de Salud, Cuba Salud*. [Internet] Abril.
- Santos, R. C. S. & Souza, N.F. (2015) Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. *Estação Científica (UNIFAP)*, 5, (1): 57-68.
- Silva, A.L.A., Mendes, A.C.G., Miranda G.M.D. & Wayner V.S. (2017). A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes. *Cadernos de Saúde Pública*, 33: 00175116.
- Silva, M.L. & Silva, R.A. (2020). Economia brasileira pré, durante e pós-pandemia do covid-19: impactos e reflexões. *Observatório Socioeconômico da Covid-FAPERGS*. Texto para discussão, Universidade Federal do Maranhão.
- Silva, P.H.A. (2020). Iniquidade racial no acesso ao pré-natal no primeiro trimestre de gestação: uma revisão sistemática e metanálise.. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
- Silvestrin, S; Buriol, V.C.S; Silva, C. H. & Goldani, M.Z. (2018). Avaliação da incompletude da variável escolaridade materna nos registros das Declarações de Nascidos Vivos nas capitais brasileiras-1996 a 2013. *Cadernos de Saúde Pública*, 34 (2): 1-11.
- Teresina. (2019). Fundação Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Teresina. *Relatório anual de atividades 2019 e mensagem do prefeito de Teresina à Câmara de Vereadores*. Teresina, PI.
- Teresina. (2022). Fundação Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Teresina. Teresina, 24 de maio. de 2022. Disponível em: <https://site.fms.pmt.pi.gov.br/hospitais>
- United Nations. (2017). Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects: The 2017 Revision, Methodology of the United Nations Population Estimates and Projections, Working Paper No. ESA/P/WP.250. New York: United Nations.
- Viellas, E.F; Domingues, R.M.S.M; Dias, M.A.B; Silvana, G.N. G; Theme Filha M.M; Costa, J.V; Bastos, M.H. & Leal, M.C. (2014) Assistência pré-natal no Brasil. *Cadernos de saúde pública*, 30: 85-100.
- Werneck, J. (2016) Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, 25: 535-549.
- Wielganczuk, R.P; Pinto, K. R. T. F., Zani, A.V., Bernardy, C.C.F., Parada, C.M.G. L., Lopes D.B.M & Sodré T.M. (2019) Perfil de puérperas e de seus neonatos em maternidades públicas. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 11 (7): 605.
- Zanardo G. L. P., Uribe M. C., Nadal A. H. R. & Habigzang, L. F. (2017). Violência Obstétrica No Brasil: Uma Revisão Narrativa. *Psicologia & Sociedade*, 29: 155043.